

UNIVERSIDAD DEL SALVADOR
Facultad de Psicología y Psicopedagogía



TESIS DOCTORAL
PÉRDIDAS SIGNIFICATIVAS Y DERIVACIONES DE
LAS EMOCIONES NEGATIVAS EN JUEGO
PATOLÓGICO

DOCTORANDA: Lic. Liliana Rosa Costanzo

DIRECTORA: Dra. Luisa Gutmann

BUENOS AIRES 2012

AGRADECIMIENTO

En primer lugar a DIOS que me ha dado la curiosidad, la pasión y la energía para llevar adelante este proyecto.

A los profesores del curso de doctorado que me brindaron con generosidad su conocimiento, en especial, a la Dra. María Verónica Brasesco y al Dr. Oscar Oro.

A la directora de tesis Dra. Luisa Acrich

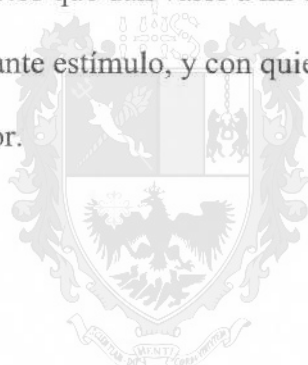
Al Lic. Gastón Gagliardi por su orientación y apoyo

Al Dr. Ernesto Eduardo González, por su interés y dedicación al tema y su soporte profesional.

DEDICADO

A mis padres que viven en mi corazón.

A mi hermosa familia, hijos y nietos que dan valor a mi existencia y especialmente a Horacio, mi marido por su constante estímulo, y con quien construimos todas las horas de la vida con generosidad y amor.



USAL
UNIVERSIDAD
DEL SALVADOR

CARMINA BURANA¹

1. Oh Fortuna,
Variable como la Luna
Como ella creces sin cesar
O desapareces.
¡Vida detestable;
Un día, jugando,
entrísteces a los débiles sentidos,
para llenarles de satisfacción
al día siguiente

la pobreza y el poder.
se derriten como el hielo
ante tu presencia

Destino monstruoso
y vacío
una rueda girando es lo que eres,
si está mal colocada
la salud es vana,

siempre puede ser disuelta,
eclipsada
y velada;
me atormentas también
en la mesa de juego;
mi desnudez regresa
me la traje tu maldad

El destino de la salud
caída
y de la virtud
está en contra mía
es atacado
y destruido
siempre en tu servicio .

En esta hora

sin demora
toquen las cuerdas del corazón
El destino
derrumba al hombre fuerte
que llora conmigo por tu villanía

2. Llanto por las ofensas de Fortuna

Lloro por las ofensas de Fortuna
con ojos rebosantes
porque sus regalos para mi
ella rebeldemente se los lleva.
verdad es, escrito está,
que la cabeza debe tener cabello
pero frecuentemente sigue
un tiempo de calvicie.

En el trono de Fortuna
yo acostumbraba a sentarme noblemente
con prosperidad
y con flores coronado;
evidentemente mucho prosperé
feliz y afortunado,
ahora me he desplomado de la cima
privado de la gloria

La rueda de la Fortuna gira;

un hombre es humillado por su
y otro elevado a las alturas.

Todos muy exaltados;
el rey se sienta en la cima,
permítanle evitar la rutina
Ya que bajo la rueda leemos

que Hécuba es reina

¹ Poema medieval, donde se exalta la inestabilidad de la Fortuna

ÍNDICE

RESUMEN	11
ABSTRACT	12
INTRODUCCIÓN	13
PRIMERA PARTE - MARCO TEÓRICO	
CAPITULO 1	
1. Estado actual del conocimiento	18
1.1 Primeros modelo explicativos	22
1.1.1 El modelo moral.....	22
1.1.2 Modelos psicoanalíticos.....	23
1.1.3 Modelos operantes.....	23
1.2 Modelos posteriores	24
1.2.1. Modelo de Bandura.....	24
1.2.1 Modelo de Ellis.....	25
1.2.2 Modelo de Blaszczynsky y colaboradores.....	26
1.2.3 Modelo de Jacobs.....	27
1.2.4 Modelo de Brown.....	27
1.2.5 Modelo de Mc Cormick y Ramírez.....	28
1.2.6 Modelo de Sharpe y Terrier.....	30

CAPITULO 2

2. Ampliar y enriquecer el concepto de juego patológico.....	36
2.1. Historia del juego y del juego de azar.....	36
2.1.1. Breve historia del juego.....	36
2.1.2. Breve recorrido histórico de los juegos de azar.....	39
2.2. El juego como enfermedad.....	43
2.3. Semejanzas entre juego patológico y conductas adictivas.....	48
2.4. Factores predisponentes.	50
2.5 Epidemiología.....	58

CAPITULO 3

3. Describir el perfil psicológico de las personas que presentan patología de juego.....	61
3.1 Diferentes tipos de jugadores.....	61
3.2 Describir el recorrido que existe entre juego y patología.....	65
3.3 Incidencia del juego patológico en aspectos significativos de la vida.	67

CAPITULO 4

4. Analizar el rol de la emoción en el comportamiento.....	69
4.1. Concordancias y discrepancias en el estudio de las emociones.....	71
4.2. Funciones de la emoción.....	81
4.3. La emoción como proceso.	83

CAPITULO 5

5. Examinar la respuesta emocional negativa.....	89
5.1 Diferentes clases de pérdidas y su reacción emocional negativa.....	89
5.2 Distintos tipos de emociones negativas.....	92
5.2.1 Emociones de tinte negativo consecuentes a sucesos no deseados.....	94
5.3 Variables que influyen en la intensidad de las emociones.....	99
5.4 Identidad y pérdida.....	100

CAPITULO 6

6. Estrés fisiológico psicológico y social y su relación con el comportamiento humano.....	102
6.1 Concepto general de estrés.....	102
6.2 Breve recorrido histórico-conceptual del estrés.....	104
6.3 Diferentes clases de estrés.....	107
6.4 Secuencias del proceso de estrés.....	111
6.5 Tipos de estresores.....	113
6.6 Crisis.....	115
6.7 Alteraciones que provoca el estrés.....	117

CAPITULO 7

7. Tipo de afrontamiento a situaciones no deseadas.	120
7.1. Afrontamiento como proceso.....	122
7.2. Funciones del afrontamiento.	125
7.3. Recursos para el afrontamiento.....	126
7.4. Limitaciones en la práctica del afrontamiento.	128

CAPITULO 8

8. Proceso de evaluación del estímulo/pérdida.	130
8.1. Modelos de evaluación en la actualidad.	134
8.1.1 Teoría estructural.	135
8.2 Teoría procesal.	138

CAPITULO 9

9. Pensamiento ilusorio como factor de mantenimiento de la conducta de juego.	143
--	-----

CAPÍTULO 10

10. Interrelación entre los circuitos de recompensa biológico y psicológico.	149
---	-----



USAL
UNIVERSIDAD
DEL SALVADOR

CAPÍTULO 11

11. Simbolización del dinero.	152
11.1. Psicología del dinero.	154
11.2. El dinero y la ética.	155
11.3. Actitud frente al dinero.	158

SEGUNDA PARTE – INVESTIGACIÓN EMPÍRICA

CAPITULO 12

12. PLANTEO EMPÍRICO.....	161
12.1 Delimitación del problema.....	161
12.2 Justificación del problema.....	163
12.3 Problema e hipótesis.....	164
12.4 Objetivo general.....	167
12.5 Objetivos específicos.....	167

CAPITULO 13

13. Metodología.....	168
13.1 Diseño de investigación.....	168
13.2 Población.....	170
13.3 Unidad de análisis.....	170
13.4 Marco muestral.....	171
13.5 Muestra.....	171
13.6 Caso.....	171
13.7 Instrumentos.....	171
13.7.1Bases teóricas de Sucesos de Vida de M. M. Casullo.....	172
13.7.2Bases teóricas de SOGS.....	173
13.7.3.Entrevista en profundidad.....	173
13.8 Descripción del campo.....	174
13.9 Criterio de inclusión.....	175
13.10 Criterio de exclusión.....	175
14. Plan de tareas.....	176
15. Consideraciones éticas.....	177
16. Cuadro de diseño general de la investigación.....	178

CAPITULO 14.

14. Presentación del análisis cuantitativo	179
14.1 Presentación y análisis estadístico de los datos.....	180
14.2 Análisis descriptivo de la prueba SOGS. Tablas y Gráficos correspondientes.....	182
14.3 Analisis descriptivo de la prueba Sucesos de Vida. Tablas.....	217
14.4 Conclusión general.....	221

CAPITULO 15.

15. Presentación del análisis cualitativo	225
15. Introducción.....	225
15.1 Triangulación.....	224
15.2 Fundamentos teóricos de la investigación cualitativa.....	225
15.3 Ejes temáticos.....	229
15.4 Enfoque operacional.....	231
15.5 Tabla integrativa,	240
15.6 Ejes temáticos, categorías, viñetas pertinentes e interpretación.....	245
15.7 Conclusión general.....	267
Algunas aclaraciones pertinentes a esta investigación cualitativa	280
Presentación de dos cartas de sendos jueces con la evaluación critica de los datos cualitativos aportados	281 /285
ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS	290
<u>Agradecimiento</u>	296
Conceptos sobre prevención y tratamiento del Juego patológico.....	297
ANEXO	299
Tabla 1: Cantidad de Sucesos de Vida y puntaje SOGS .Probable asociación.....	300
Aspectos filosóficos morales del jugador patológico.....	301
Perspectiva social del juego patológico.	306
BIBLIOGRAFIA Y REFERENCIAS	310

TESIS DOCTORAL

RESUMEN

En este trabajo se trató de encontrar el vínculo existente entre las emociones negativas consecuentes a pérdidas relevantes y la conducta de juego patológico.

Se destacó el concepto de juego como enfermedad, su patología y semejanza con las adicciones, en general, considerándolo una adicción sin sustancia, es decir una adicción comportamental. Se definieron los distintos tipos de jugadores y el proceso hasta alcanzar el rango patológico.

Se analizó, especialmente el rol de las emociones, en especial de las emociones negativas como facilitadoras de conductas desadaptativas.

Se consideró el estrés como proceso consecuente con una pérdida significativa y sus alteraciones en el orden fisiológico, psicológico y social.

Se examinó, además el afrontamiento a situaciones no deseadas, los recursos personales y sus limitaciones.

De manera particular se trató de entender la importancia de la evaluación del estímulo o pérdida como elemento fundamental o “llave” que introduce a una acción específica.

Se tuvo en cuenta, también, el pensamiento ilusorio como factor de mantenimiento de la conducta de juego. Asimismo se destacó la relación entre los circuitos de recompensa biológico y psicológico en la instalación de la patología.

Finalmente se analizó el rol del dinero, desde lo psicológico, como elemento deseable y compensatorio al malestar producido por la pérdida.

Palabras clave: pérdidas significativas, adicción, emociones negativas, ludopatía.

ABSTRACT

In this work we tried to find the link between negative emotions relevant and consequential losses of pathological gambling behavior.

He highlighted the concept of gambling as a disease, pathology and likeness with addictions in general, considering no substance addiction, an addiction is behavioral.

We defined the different types of gamblers and process until reaching the pathological range.

Was analyzed, especially the role of emotions, especially negative emotions as facilitators of maladaptive behaviors.

Stress was considered as a process consistent with a significant loss and changes in the order of physiological, psychological and social.

We examined also coping with unwanted situations, personal resources and limitations.

In particular it was to understand the importance of stimulus evaluation or loss as a fundamental or "key" that introduces a specific action.

Account was also wishful thinking as a factor in maintaining gambling behavior. It also highlighted the relationship between biological and psychological reward circuits in the installation of the pathology.

Finally we examined the role of money, from the psychological, as a desirable and compensatory to discomfort of loss.

Keywords: significant loss, addiction, negative emotions, pathological gambling.

TESIS DOCTORAL

DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO

CAPÍTULO 0 - INTRODUCCIÓN

Presentación de la temática a tratar

La transformación constante de la sociedad que involucra cada vez más, nuevas y diferentes propuestas, lleva al hombre a una permanente y veloz adaptación a esos estímulos que son, a veces, difíciles de incorporar y elaborar. Los tiempos actuales exigen cambios permanentes en diferentes planos de la vida, ya sea en lo intelectual, social, laboral y aún familiar que dan lugar a presiones muy difíciles de asumir con el consiguiente sufrimiento psíquico.

En las circunstancias sociales modernas, las crisis son más o menos endémicas ya sea en lo individual como en lo colectivo. Ellas actualizan viejas heridas de los individuos y contribuyen a poner en funcionamiento los recursos que cada uno tiene, para soportarlas, superarlas o no, comprometiendo, a veces, su salud física y mental.

Es evidente y hasta entendible que la vida humana privilegie, en cierta, medida el hedonismo pero la no aceptación del dolor como parte de la misma, impulsa a algunas personas a dependencias peligrosas, a huidas ilusorias, a mundos imaginarios de supuesto “placer”, que se inscriben en el campo de las adicciones.

Se puede pensar que es difícil vivir en un mundo con grandes incertidumbres donde casi no es posible elaborar un plan ante futuras contingencias, donde los cambios se

sucedan en su doble acepción de amenazas y posibilidades. Esto obliga a resignificarnos de continuo. Pero en la cotidianidad, mientras existimos, las circunstancias que vivimos con sus lógicos contrastes presentan la oportunidad de tener experiencias generalmente valiosas en relación con la posición que ocupamos en la vida, ese lugar que nos define.

Nos referimos a una posición ganada, no heredada, un lugar construido con ideales intelectuales y morales que muchas veces no es fácil sostener y precisamente por esto enriquece y legitima nuestros actos.

La consecución de una idea más allá de los obstáculos, la continuidad de un trabajo a pesar de los inconvenientes, la formalización de una familia con sus cambios positivos y negativos, todo en definitiva, cobra valor por el esfuerzo del logro y supera la ambigüedad contextual del momento.

En el entorno social cargado de conflictos y presiones, se han observado desde la segunda mitad del siglo pasado ciertas conductas de exceso enfocadas a determinados objetivos: el trabajo, los deportes, el uso de tecnologías, entre otros, que en la mayoría de los casos han sido alentadas y aceptadas por la sociedad. Estos comportamientos llevados a grados extremos, han dado lugar a lo que se llama adicciones sin sustancias conocidas, socioadicciones o adicciones comportamentales.

El prototipo de este trastorno es el juego patológico.

El concepto de juego como enfermedad fue considerado a partir de 1980 por la American Psychiatric Association, que en el DSM IV lo clasificó como un trastorno del control de los impulsos, si bien con el tiempo, el concepto se ha ido refinando hasta acercarlo al los criterios de dependencia a sustancias psicoactivas.

En los últimos años ha adquirido relevancia el estudio de esta patología, dado el incremento de las ofertas de juego, la accesibilidad a los lugares destinados a ese fin que ha facilitado la concurrencia en forma masiva de personas devenidas, bajo ciertas condiciones, jugadores patológicos. Ser jugador patológico trae consecuencias deteriorantes en el plano personal, familiar y social, además, del alto índice de prevalencia de ideación suicida, entre un 17 y 24 % ¹.

Al respecto, los índices expuestos en el último Congreso Iberoamericano de Trastornos Adictivos mostraron que: 85% de las personas piensa en la muerte, 49% la planea, 19% se suicida ².

Por otra parte, si bien son necesarias mayores experiencias empíricas, se cree que existiría relación entre la legalización del juego y el incremento de la tendencia, que en la actualidad es considerada una enfermedad crónica e incurable que comparte con las demás adicciones, incluida la dependencia a drogas psicoactivas, la mismas características.

Las condiciones básicas que definen un trastorno adictivo comportamental son:

- 1) pérdida de control
- 2) dependencia
- 3) hábito arraigado, con incapacidad de librarse de él
- 4) sufrimiento subjetivo
- 5) generación de perturbaciones en la vida del sujeto y de su entorno

¹ Caria y colaboradores 1996

² Sánchez Bello 2007

El juego patológico es un trastorno de naturaleza psicológica, biológica y conductual, que lleva a un estado que, además de deteriorar a quien lo padece, afecta entre cinco y diez personas del entorno familiar, social o laboral. (Sánchez Bello 2007)

Como toda adicción requiere un estudio detallado de los factores predisponentes que la mantienen y dificultan su control.

En la actualidad, el juego patológico se ha convertido en un problema social de alcance y compromiso personal e institucional, que mueve a tratar de comprender un comportamiento eminentemente destructivo que roza lo trágico y se instala en la persona de manera silenciosa y progresiva.

Esta investigación tiene una parte teórica y otra empírica a través de las cuales se trata de entender esta enfermedad, ampliando y enriqueciendo el concepto de juego patológico desde la psicología, la biología, y lo contextual

En este trabajo, se define juego patológico, según los criterios del DSM IV y del CIE10, así como también se describen los diferentes tipos de juego y jugadores, las fases del problema y su evolución hacia la condición patológica, los factores predisponentes y mantenedores de la misma.

Se consideran las diferentes áreas de la vida, perturbadas por la ludopatía, así como también se analiza la teoría cognitiva de la emoción en forma general, para después focalizarnos en las emociones negativas, las teorías de la evaluación/valoración del estímulo causal del proceso emocional, sus funciones y la relación con el estrés como proceso y facilitador de la patología.

En cuanto a los conceptos críticos:

- Discriminamos los conceptos de crisis y estrés y las alteraciones que provoca éste: emocionales, cognitivas, fisiológicos.

- Consideramos el impacto emocional de sucesos negativos de la vida y la relación entre la evaluación de los mismos y la emoción como antecedentes para la acción.
- Estudiamos la correspondencia entre emoción, estrés y afrontamiento, su definición y el concepto de vulnerabilidad.
- Analizamos el vínculo entre situaciones de pérdida y la patología de juego como acción desadaptativa.
- Desarrollamos el concepto de interrelación entre los circuitos de recompensa biológico y psicológico como factor perpetuante de la adicción, y el valor del dinero como símbolo.



USAL
UNIVERSIDAD
DEL SALVADOR

PRIMERA PARTE

MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO 1

1. ESTADO ACTUAL DEL CONOCIMIENTO

La investigación sobre juego patológico es relativamente reciente. Con poco más de tres décadas de estudio ha dado resultados interesantes pero no hay hasta el presente manifestaciones concluyentes y consensuadas.

Al respecto, E. Sánchez Hervas de la Unidad de Adictivas de Valencia, España, en la revista Atención Primaria, volumen 05, N° 02, p. 75-87 (2003) ofrece un resumen de lo que él denomina: *“Juego Patológico: uno de los retos asistenciales más importantes en la sociedad”* y agrega *“España es el país de la Unión Europea que más dinero gasta por habitante en juego y uno de los primeros en el mundo”*

Esta opinión explica la abundante bibliografía y trabajos de investigación de los autores españoles referidas al tema. También, Ladouceur, R. y Mireault, en Canadá, (1988), destacan la “existencia de modelos de familia y amigos” en la adquisición de la conducta de juego; sostienen que el 60% de los jóvenes que juegan lo hacen con los padres; Lesieur y Heineman (1988) demuestran a través de estudios, que un 50% de casos de jugadores patológicos provienen de familias de jugadores; H. Griffiths (1989) realizó un estudio para la Oficina de Estudios de Mercado Británico que determinó que las máquinas recreativas eran las preferidas por los adolescentes y Custer y Custer (1978), en base a variables de conducta, concluyeron que un 3,37 % son probables jugadores patológicos y un 4 % son potenciales jugadores patológicos.

Al respecto, los datos del último Congreso Iberoamericano de Trastornos Adictivos (2007) indican que:

- 1,2 % de la población, en general, son jugadores patológicos.
- 1,5% son jugadores problemas
- 7,7% son jugadores en riesgo (Sánchez Bello 2007)

Índices recientes muestran que entre el 3,5% y el 5% de la población adulta tiene serios problemas con el juego. (Sánchez Bello 2007)

Esta investigación se inicia con la lectura del Manual de Psicopatología de C. Robert y C. Botella (1995 p.560-589), en el capítulo: Trastorno del control de los impulsos. Ello ha permitido conocer los conceptos básicos de esta patología, coincidentes con los criterios de los investigadores consultados al respecto, a posteriori.

Fernández Alba, A. y Labrador F. En su libro “Juego Patológico”(2002) han ampliado exhaustivamente el tema respecto a la Etiología, Evaluación y Tratamiento.

“El Manual Práctico de Juego Patológico” de Fernández Montalvo J. y Echeburúa E., (2000) aparte de considerar técnicas de tratamiento agrega un programa de autoayuda para dejar de jugar y una guía para el terapeuta.

Garrido M., Jaén P. y Domínguez A., en el libro “Ludopatía y Relaciones Familiares” (comps.) (2004) ofrecen un amplio aspecto acerca de los factores mediadores de la personalidad, y la relación con el sistema familiar. Sostienen que en los jugadores patológicos hay falta de habilidades y autocontrol en el manejo del dinero, y déficit de afrontamiento al estrés. Además consideran que en muchas familias de jugadores, el juego de azar es aceptado por los adultos como medio para obtener ganancia y divertimento familiar.

Secades Villa, R. y Villa Canal, A. en su libro “El Juego Patológico” (1998) tratan la Prevención, Evaluación y Tratamiento de la ludopatía en la adolescencia. Señalan la importancia de la motivación para el tratamiento, como asimismo muestran las principales técnicas y estrategias terapéuticas. Sostienen que en la actualidad se aconsejan programas multimodales que incluyen varias técnicas que tienen en cuenta los diferentes aspectos de la enfermedad.

También, entre otra bibliografía consultada, se encuentra: “Stress, Appraisal and Coping” de Lazarus, R. y Folkman, S. (1984) que describen los procesos de evaluación cognitiva y el libro “Understanding Motivation and Emotion” de Reeve, J. (1995) que trata acerca de la conducta y la motivación cognitiva, estrés y afrontamiento, entre otros temas.

Otra bibliografía estudiada tiene que ver con factores biológicos, especialmente con estructuras cerebrales intervinientes en la adicción al juego: “The New Brain” R. Restak (2003) en esta obra, el autor, refiriéndose al mecanismo cerebral que actúa en la conducta de juego dice: “ante una ganancia o una pérdida, el cerebro del sujeto presenta una actividad en la región de la corteza medial frontal”.

En el libro: “Avatares de la clínica, Un proyecto de Complementariedad entre Neurociencias y Psicoanálisis” de Bauleo, S. y Alvano, S. (2004), los autores concluyen que emociones específicas como la alegría, el miedo, el enojo, la sorpresa, el disgusto o sea, emociones innatas o primarias junto a emociones más complejas como la ansiedad, la vergüenza, la culpa etc. “ponen pasión a nuestros actos, refuerzan nuestros recuerdos y gobiernan parte de nuestra vida”.

Se consultó, también: "The Cognitive Structure of Emotions" de Ortony, A., Clore, G. Collins, A. (1988), donde se expresa que la intensidad de las emociones basadas en acontecimientos, tienen una relación más cercana con un componente de relieve subjetivo, es decir, la deseabilidad o indeseabilidad del suceso.

Además, el texto "Amor y Pérdidas" de Bravo, E. (2000) aporta un dato importante: señala que el miedo a la pérdida es uno de los temores más importantes de la vida de las personas.

Se han consultado papers, e investigaciones del Dr. A. Damasio, (2005) y del neurocientífico argentino F. Manes, (2002) acerca de la toma de decisiones en situaciones de juego. Ambos autores plantean, que en jugadores patológicos, se observa una disfunción del lóbulo frontal, concretamente en el córtex frontoventromedial.

Se han leído artículos de revistas y diarios sobre el tema.

Se ha asistido a la Primera Jornada Argentina de Juego Responsable, organizada por el Capítulo de Juego Responsable y otras Adicciones Comportamentales de la Asociación de Psiquiatras Argentinos (APSA) el 11 de Abril de 2007. Buenos Aires.

Al III Congreso Iberoamericano de Trastornos Adictivos, organizado por el Colegio Iberoamericano de Trastornos Adictivos en Abril 12, 13, y 14 de 2007. Buenos Aires.

Al 23 Congreso Argentino de Psiquiatría. "Resiliencia en Psiquiatría y Salud Mental" Organizado por la Asociación de Psiquiatras Argentinos (APSA). Abril 19, 20, 21, 22 de 2007- Mar del Plata.

Existen diferentes modelos que dan cuenta de esta patología y tratan de explicar la aparición y el mantenimiento de la conducta de juego de acuerdo con la respectiva orientación teórica.

Es necesario considerar teorías multicausales que tienen en cuenta factores emocionales, cognitivos, ambientales, culturales y biológicos que se interrelacionan y añaden complejidad al problema. Por lo tanto es difícil tener una mirada única de la enfermedad.

Además los diferentes modelos y teorías consideran aspectos parciales e individuales y no tienen en cuenta otros factores que podrían tener incidencia en el problema.

1.1 PRIMEROS MODELOS EXPLICATIVOS

Robert, C. y Botella, C (1995) han compilado, de manera exhaustiva una nómina de los modelos explicativos que dan cuenta de esta patología. A través de ellos se pueden advertir los trabajos e investigaciones que los diferentes autores han destinado a esta conducta adictiva de origen multicausal y amplios factores mantenedores.

También, M. Garrido, P. Jaén y A. Domínguez (2004), basados en Robert y Botella, se refieren a los mismos modelos en su libro (comps) “Ludopatía y Relaciones Familiares”.

Uno de los primeros modelos que consideraron el tema, y que incluye todas las posturas acerca de la adicción al juego, hasta entonces, y previamente a que los psicoanalistas lo entendieran como una enfermedad es:

1.1.1 El Modelo Moral

Tradicionalmente el juego de apuestas ha sido catalogado como un problema de naturaleza moral, como resultado de carencia de voluntad y escasa moral.

Aún hoy algunas personas desinformadas sostienen esta postura.

De acuerdo con Robert y Botella (1995) se pueden reconocer dos tipos de modelos:

Los modelos basados en conceptos psicoanalíticos y un grupo de modelos posteriores y actuales.

1.1.2 Modelos Psicoanalíticos

Estos modelos fueron los primeros en plantear el juego de apuestas como una enfermedad.

La primera investigación fue realizada por Hans Von Hattimberg (1914), luego, Greenson, (1914), y Simmel (1930), se interesaron en el tema. Estos autores estimaban que el juego era el resultado de una neurosis subyacente que tenía que ver con una regresión a fases psicosexuales pregenitales, siendo la conducta de juego, una tendencia a complacer impulsos eróticos.

Freud en 1928, con el estudio de la obra “El Jugador” de Dostoievsky fue el primero que interesó a los profesionales sobre este trastorno. Consideró al juego como sustituto de la compulsión a la masturbación, a la cual estimaba como la adicción básica de la cual derivan las demás adicciones. Reik, en vez, en 1942 consideró el trastorno como un recurso para resolver las dificultades con las figuras parentales. Posteriormente, Bergler en 1957, uno de los investigadores que más se han interesado en este tema, lo vio como el deseo inconciente de perder, como una manera de autocastigo por los pensamientos agresivos hacia la figura paterna.

1.1.3 Modelos Operantes

La mención de estos modelos es importante porque en la actualidad algunas de sus propuestas respaldan la explicación de la tendencia al juego.

Los primeros ensayos remitieron a explicar la inclinación desde la teoría del aprendizaje. Skinner, en 1953 y en base a experiencias de laboratorio sostuvo que la

permanencia en la conducta de juego era consecuencia de tasas de refuerzo irregular y ésta se incrementaba con la accesibilidad y disponibilidad.

Por su parte, Dickerson, en 1979 en una investigación de campo llevada a cabo en una agencia de apuestas, sostuvo que dos reforzadores: 1) la obtención de dinero y la excitación, junto a las cogniciones y 2) el estímulo del entorno donde se desarrolla la actividad de jugar, eran responsables del mantenimiento de la conducta.

Estos primeros estudios, constituyen modelos relativamente simples que no tienen en cuenta la variedad de los factores intervinientes en la enfermedad.

1. 2. MODELOS POSTERIORES

1. 2. 1 – *Modelo de Bandura*

El juego patológico se trató de entender por la teoría de Bandura del aprendizaje social por modelado, o sea por la observación e imitación de la conducta de otras personas, asociada a factores cognitivos como la expectativa de eficacia y de resultado.

La primera se refiere a que la persona tiene la certeza de su habilidad para realizar una conducta y perseverar en ella.

La expectativa de resultado es la convicción acerca de lograr ciertos resultados como producto de una acción determinada.

Los individuos con alta necesidad de éxito suelen tener expectativas de resultado exageradamente optimistas.

Bandura sostenía cuatro pautas fundamentales para el aprendizaje social por modelado:

- Prestar atención
- Recordar la información
- Producir conductas
- Tener motivación para repetirlas.

De hecho, frecuentar lugares de juego, observar jugar, especialmente, a padres, hermanos y amigos, influye en la adquisición de la conducta y si se logra algún premio, se está ya incentivado a repetir el comportamiento.

Este concepto fue corroborado por una investigación de Ladouceur y Mireault (1998) (ya mencionado) que demostró que el 60 por ciento de los jóvenes que jugaban a las máquinas tragamonedas lo hacían con los padres, el 57 por ciento jugaba con los hermanos y el 50 por ciento con otros miembros de la familia.

Diversas investigaciones demostraron que los jugadores patológicos provienen de padres jugadores en un 50 por ciento de casos.

1. 2. 2 - *Modelo de Ellis*

Basado en la Teoría Racional Emotiva de la Adicción, el modelo afirma que las ideas erróneas dan lugar a una baja tolerancia a la frustración, de manera que la perseverancia en el juego permitiría eliminar en el sujeto un considerable monto de ansiedad. De acuerdo con A. Ellis la mayoría de los problemas emocionales y conductuales del sujeto, son el resultado de sus ideas irracionales respecto a una persona, objeto o situación, según la evaluación que se haga de ellos.

Según el autor, las creencias irracionales tienen que ver con desear una meta de manera exigente, absolutista e irracional.

Ellis (1962, 1981, 1989, 1990) sostiene que las tres principales creencias irracionales son:

- meta de aprobación (tengo que obtener afecto, ser querido)
- meta de éxito o habilidad personal (tengo que tener éxito , no equivocarme)
- meta de bienestar (tengo que conseguir fácilmente lo que deseo, no sufrir)

De estas ideas se derivan otras que expresan:

tremendismo: tiene que ver con el concepto aversivo de la situación (es horrible)

insoportabilidad: no poder soportar ningún tipo de malestar

conducta: se relaciona con la valoración negativa de sí mismo y de los demás (soy inútil)

Las emociones y conductas dependen, por lo tanto, de las cogniciones y esto es determinante en la orientación que el sujeto dará a su actuación.

Estos criterios son compatibles con la actitud del jugador patológico que no soporta una situación aversiva de su vida y huye hacia un supuesto estado de bienestar.

Como ejemplo de pensamiento irracional, se puede decir que si una persona obtiene un premio en una máquina tragamonedas y lo adjudica a su habilidad en la manipulación de la misma, creará que será sencillo obtener un premio nuevamente y se sentirá estimulada a repetir la conducta.

Las distorsiones cognitivas, comunes en los jugadores, son errores de inferencia del pensamiento relacionadas con situaciones específicas.

Según la opinión de quienes escriben esta tesis, este tipo de pensamiento ilusorio, con sus derivaciones tiene la dominancia en el mantenimiento de la conducta de juego.

1.2.3 Modelo de Blaszczynsky y Colaboradores (1986)

Este modelo sostiene que una insuficiencia en el nivel de endorfina B puede llevar a una actividad como el juego para elevar el “arousal” (excitación) y el grado de endorfinas con el fin de mejorar el estado de ánimo. Con la repetición de la conducta se refuerza la asociación entre juego y aumento de endorfinas con el objeto de disminuir el estado disfórico del sujeto.

Este mecanismo asociado a la exposición temprana y a la accesibilidad podría dar lugar al establecimiento de una rutina a fin de lograr un arousal satisfactorio. Pero esta situación es sólo transitoria y da origen al inicio de un círculo vicioso, porque cuando las pérdidas que ocurren durante el juego, incrementan los estados de ánimo negativos, la persona tratará de intensificar el juego y las apuestas para superar los efectos del

malestar. En este mecanismo tienen un importante papel los refuerzos positivos y negativos que inciden en el logro de un equilibrio en el arousal o excitación.

1.2.4 Modelo de Jacobs (1986, 1987, 1988, 1989)

Este modelo tiene en cuenta un estado de activación psicofisiológica anormal. Los sujetos con una hiper o hipo tensión, que se supone heredada, son más propensos a desarrollar una adicción, especialmente cuando en la juventud, no han adquirido capacidad para afrontar situaciones adversas, estableciendo un sentimiento permanente de incompetencia y baja autoestima, que sólo repitiendo la conducta de juego logran neutralizar.

Este poder reforzador termina por instalar la patología, especialmente en sujetos que experimentan un profundo malestar subjetivo con sensación de inferioridad e ineptitud.

1.2.5 Modelo de Brown (1986, 1988, 1990, 1993)

Este modelo investiga el nivel de arousal como reforzador del juego y logra establecer un modelo general de juego con variables que interactúan de manera diferente en cada jugador y en diferentes períodos durante el curso de la enfermedad.

Las variables son:

- 1) Internalización del objeto idealizado. En especial ideas fantaseosas con respecto a las relaciones con las figuras parentales y también con la representación de las mismas por ejemplo: “la diosa fortuna”, como asimismo la utilización del juego como instrumento para el cambio de esas relaciones
- 2) Incidencia de elementos de naturaleza afectiva . e importancia de la depresión y la ansiedad como predisponentes al juego
- 3) Necesidad psicofisiológica de arousal

- 4) Factores cognitivos. Distorsiones respecto al juego, al azar y a la capacidad personal de manipular los resultados.
- 5) Modelos de refuerzo de conducta, tiene que ver con las ganancias y pérdidas intermitentes.
- 6) Importancia de las relaciones personales, culturales e institucionales. Deseo de expresar y requerir poder y afecto, status. Aprendizaje por modelado a través de los padres y la presión social.

En la adicción al juego influyen todos estos factores en menor o mayor grado, si bien, domina la fantasía de jugar para abonar deudas.

1.2.6 Modelo de Mc Cormick y Ramirez (1988)

Mac Cormick y Ramírez, citado en Ochoa y Labrador (1994) ha presentado un modelo de cinco elementos que consideran básicos para dar lugar juego patológico

- 1) Una inclinación biológica de cierta fragilidad, transmitida, de la cual no hay evidencia concluyente.
- 2) Una socialización deficiente, carencia de habilidades para las relaciones sociales que involucran un estilo competitivo antes que colaborativo
- 3) Experiencias estresantes en los primeros períodos de la vida.
- 4) Características disfuncionales de la personalidad.
- 5) Haber vivido situaciones estresantes recientes.

Por lo tanto, el sufrimiento psicológico, ya sea por problemas actuales, estrés o depresión y la ausencia de habilidades personales, pueden conducir a conductas adictivas; esto tiene que ver con diferentes variables, siendo la más destacada la exposición al juego y la accesibilidad al mismo. El modelo destaca el poder reforzador del juego en sí, de manera que ante una situación desagradable se repite la conducta dando inicio a un círculo vicioso: necesidad-juego-rebote-necesidad.

Este modelo propone variables importantes, si bien habría que considerar el rol de las cogniciones en interacción con otros elementos conductuales y biológicos.

Creemos que son necesarias mayores investigaciones empíricas, no obstante, hay estudios que avalan esta hipótesis . (Jacobs 1989, Kulley y Jacobs 1988).

Ambos modelos (Brown y Mc Cormick-Ramírez) son apoyados por investigaciones que sostienen que el juego muestra un aumento en el nivel de activación Anderson y Brown, (19849), Brown, (1986), (Colombe, Ladouceur, Desharnais y Jobin, 1991).

La activación es observable en todos los jugadores si bien se ve incrementada en los jugadores patológicos (Leary y Dickinson, 1985).

Es interesante destacar que el nivel de activación, también, es más elevado en los juegos que generan adicción más severa como las máquinas tragamonedas con premio Blaszczynsky et al (1986)

Otros trabajos se han orientado, además, al estudio de funciones fisiológicas que podrían mediar en la tendencia al juego y han encontrado diferencias entre jugadores patológicos y no patológicos con respecto a:

- 1) Déficit de noradrenalina (Blaszczynsky et al 1986, Roy et al 1988). De acuerdo con Roy habría una disfunción en sistema noradrenérgico central
- 2) Alteración en la diferenciación hemisférica semejante a la encontrada en el déficit por atención con hiperactividad (Carlton y Manuwitz, 1987, Goldstein et al 1985, Rugle y Malamed, 1990)
- 3) Los estudios sostienen que estas deficiencias tendrían que ver con la falta del control de los impulsos, y la mayor tendencia de los jugadores a la depresión que, junto a los otros factores darían origen al problema.

Autores como Brown (1986) sugieren que un tema tan complejo debería iniciar investigaciones destinadas a estudiar la interacción de las variables entre sí, los

diferentes tipos de jugadores y también tener en cuenta las diferentes situaciones y momentos del proceso que llevan a este trastorno. Para comprender el fenómeno, propone realizar pequeños estudios a fin de reconocer variables específicas y modos confiables de medición. Posteriormente estas variables podrían incluirse en investigaciones prospectivas para analizar y comprender la importancia de cada factor en el surgimiento del juego patológico.

1.2.7 Modelo de Sharpe y Terrier (1993)

Estos investigadores han desarrollado un modelo que trata de explicar el origen y mantenimiento de la conducta de juego focalizando el estudio en las variables más significativas.

La teoría destaca el rol del condicionamiento clásico y operante y los reforzamientos positivos y negativos que se dan durante el juego.

Entendemos por refuerzo positivo cualquier estímulo presente que aumenta la probabilidad de que ocurra una conducta.

Por ejemplo en el juego patológico, si la persona obtiene una ganancia pecuniaria, este hecho lo estimulará a repetir la conducta.

El refuerzo negativo se refiere a cualquier estímulo que una vez terminado, aumenta la posibilidad que se realice la conducta.

Ambos refuerzos aumentan la probabilidad de que aumente la acción, pero la diferencia tiene que ver con que los refuerzos negativos son de naturaleza aversiva.

En el jugador patológico, el refuerzo negativo se relaciona con el intenso malestar subjetivo y aún físico (ansiedad, temblores) que ocurre con la interrupción de la conducta de juego, de manera que estas manifestaciones sólo pueden ser atenuadas reanudando el comportamiento.

Los jugadores comprenden que las ganancias suceden de manera intermitente lo que hace que continúen con el juego a pesar de las pérdidas. La alternancia de estos

reforzadores, ganancia-pérdida-expectativa de ganancia explica la adquisición y mantenimiento de la conducta por un período prolongado.

A esta disposición se asocian los sesgos cognitivos que tienen un rol fundamental, de manera que el vínculo entre pensamiento, situación y activación dan lugar al mantenimiento de la conducta.

El modelo propone que en este nivel, depende de la capacidad de afrontamiento o control de la situación que posea el sujeto, para no desarrollar la enfermedad.

Las habilidades personales que se requieren para no adquirir la patología tienen que ver con:

- 1) Poder controlar la actividad autonómica
- 2) Tener la capacidad para identificar ideas irracionales
- 3) Ser capaz de postergar la toma de decisiones y el refuerzo

Por otra parte, el modelo es interesante porque atribuye un rol destacado al pensamiento ilusorio, especialmente para el mantenimiento de la conducta.

Este tipo de pensamiento se refiere, en parte, a que, si durante el juego la persona gana, refuerza la creencia que seguirá ganando, si pierde cree que cuanto más elevada sea la pérdida, también, será mayor la ganancia si continua jugando

Los autores sostienen que estas ideas erróneas aparecen luego de períodos frecuentes y prolongados de juego, pues atribuyen importancia temporal a las variables: ganancia económica y activación.

En esta patología interactúan diferentes factores con distinto valor, según incidan en el origen o en el mantenimiento de la conducta, pero, sin duda, hay dos elementos relevantes que dan cuenta del problema que son: 1) la exposición al juego además de la accesibilidad al mismo y 2) los grupos de referencia con los que el jugador se identifica y operan como estímulo.

En la actualidad el paradigma operante sostiene que una de las causas del mantenimiento de la conducta tiene que ver con un programa de razón variable, (ganancia y pérdida alternativa) asociado a las distorsiones cognitivas. Ambos factores parecen ser la causa principal del juego patológico

La literatura al respecto, nos muestra un amplio abanico de razones de la enfermedad; vemos que los conductistas han tratado de describir esta patología como consecuencia de un proceso de refuerzo, poniendo énfasis en el estímulo económico. Las ganancias y pérdidas alternativas potencian el refuerzo hasta configurar una conducta aprendida.

Otros autores refieren que el refuerzo no es de naturaleza externa sino interna dado que el juego provoca un nivel de excitación tal en el sistema nervioso central, que una vez experimentado es buscado reiteradamente.

Hay investigadores que sostienen que el mantenimiento de la conducta tiene que ver con lo que llaman “mecanismo de ejecución conductual”, de acuerdo con el cual cuando la conducta, por repetición, adquiere característica de hábito, cualquier estímulo relacionado con el comportamiento de juego, sea interno como pensar en jugar, o externo, entrar a un lugar donde se juega, escuchar el ruido de las fichas que devuelve la máquina, (en los lugares donde se juega con fichas) generan en el sujeto la necesidad de realizar el acto. El no ejecutar el mismo, da lugar a un intenso malestar subjetivo que sólo desaparece repitiendo la conducta de juego

Existen, también, otras líneas de investigación que desde la neurobiología tratan de conocer las bases neuroquímicas del problema. Se han explicado la incidencia de factores serotoninérgicos por su relación con el control de los impulsos, además de alteraciones en el sistema noradrenérgico relacionados con la activación o arousal y, también, la intervención de la vía dopaminérgica que parece incidir en los trastornos adictivos.

Últimamente se ha iniciado otro nivel de investigación: la genética que intenta esclarecer el rol de factores genéticos en el origen y desarrollo de la ludopatía.

Asimismo, hay estudios que se orientan hacia el papel que cumplen ciertas estructuras cerebrales en este problema, especialmente, la disfunción fronto- temporal -parietal que inciden en el aspecto cognitivo.

En poco más de treinta años de investigación sobre el tema, han surgido estos diferentes modelos explicativos y conceptos que han logrado un avance significativo en un tema todavía muy reciente, pero, en el panorama domina la incertidumbre y la falta de consenso.

Las diversas teorías comparten elementos comunes como las distorsiones cognitivas y la activación psicofísica, si bien estas investigaciones, aún no están integradas y a veces ofrecen explicaciones diferentes.

También es distinta la atribución causal del juego puesto que algunos autores sostienen que el juego patológico es significativo en sí mismo, otros aducen que es el síntoma de una patología de base. Lo que sí es compartido es desestimar la ludopatía como un rasgo específico de personalidad y sí se pone énfasis en los estímulos del ambiente relacionados con el juego.

Retomando la idea de Brown parecería necesario definir un modelo integrado con todos los elementos examinados hasta el presente a fin de precisar el origen y la perseverancia en el comportamiento de juego con vistas a implementar una psicoterapia focalizada.

El modelo de Sharpe y Tarrier es alentador en este sentido dado que pone énfasis en el paradigma operante con el programa de razón variable y los refuerzos asociados a las distorsiones cognitivas, entre ellas el pensamiento ilusorio, ejes fundamentales, de quienes escriben esta tesis, en la fijación de la conducta de juego.